



**Centro Profesional  
Psicólogos Unidos, Inc.**

CONCEPTUALIZACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

PERSPECTIVA DE COMPRENSIÓN PARA EL PLAN DE TRATAMIENTO DE LOS  
TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y OTRAS ADICCIONES

AUTOR

LUIS NORBERTO VERGÉS BÁEZ

PSICÓLOGO CLÍNICO – TERAPEUTA FAMILIAR

SANTO DOMINGO

DISTRITO NACIONAL

## Índice Temático

La conceptualización de casos clínicos .....	3
Tipos de conceptualizaciones: .....	4
Enfocada en los síntomas .....	4
Fortalezas de este enfoque: .....	4
Limitaciones:.....	4
Conceptualización enfocada en la teoría .....	4
Descripción .....	4
Fortalezas de este enfoque: .....	5
Limitación de este enfoque .....	5
Enfocada en el paciente .....	5
Descripción .....	5
Fortalezas.....	5
Limitaciones.....	5
Los pasos para una eficiente conceptualización de casos.....	5
Información descriptiva.....	5
Información de significado personal .....	5
Paso 1 .....	6
Establecer la premisa.....	6
Ejemplo de premisa .....	6
Paso 2 .....	6
Establecer la presentación.....	6
Ejemplo de presentación.....	6
Paso 3 .....	6
Presentar los factores objetivos (eventos precipitantes, detonantes o disparadores) .....	6
Ejemplo de factores objetivos .....	6
Paso 4 .....	7
Presentar los factores de vulnerabilidad interna (factores predisponentes) .....	7
Ejemplo de factores de vulnerabilidad .....	7
Paso 5 .....	7
Presentar los temas actuales o factores perpetuadores.....	7
Ejemplo sobre temas actuales.....	7
Paso 6 .....	7
<b>Mecanismos inferidos y modelo terapéutico (aquí entran los factores mediacionales) .....</b>	<b>7</b>
Ejemplo de mecanismos inferidos.....	7

Aspectos a tomar en cuenta para la conceptualización de casos de Trastornos por Consumo de Sustancias .....	8
Dentro de los datos relevantes para realizar la conceptualización se encuentran:.....	8
Categorías de datos que se integran para la conceptualización de los casos de adicciones .....	9

**Autor:**

**Luis Vergés (Psicólogo Clínico y Terapeuta Familiar)**

### La conceptualización de casos clínicos

***Conceptualizar*** se deriva de la palabra concepto, que según Gómez Silva (2009), significa pensamiento, idea, algo concebido o formado por la mente; del latín tardío “conceptus”. Partiendo de esta premisa, se observa que una conceptualización y formulación ha de proporcionar una comprensión o idea clara sobre el paciente. Otro concepto que se utiliza como si fuera lo mismo que conceptualización es ***formulación***. Algunos autores establecen alguna diferencia, sobre todo cuando establecen que hay varias formulaciones posibles dentro de la conceptualización.

La conceptualización nos permite desarrollar una idea de los síntomas del paciente, problemas principales, metas, obstáculos, mecanismos de defensa, estilo interpersonal, patrones conductuales mal adaptativos y situaciones de vida, entre otros.

Day (2008) define la conceptualización de un caso como la teoría que el clínico realiza sobre la persona. Es un método y estrategia clínica para obtener y organizar información sobre un cliente,

comprender y explicar su situación y patrones mal adaptativos, guiar y focalizar el tratamiento, anticipar posibles retos y prepararse para una terminación exitosa (Sperry y Sperry, 2005). La conceptualización integra la información que el profesional ha obtenido y organizado de manera que explica la conducta presente, pasado y futura de la persona.

Por su parte Eells (2017), define la formulación del caso en psicoterapia como la hipótesis sobre las causas, precipitantes e influencias que perpetúan los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de la persona. Contiene estructuras que permiten comprender las contradicciones e inconsistencias en cuanto a la conducta, emociones y contenido del pensamiento de la persona. Permite categorizar clases importantes de informaciones, enmarcado en una visión contextualizada del paciente.

Como hipótesis, la conceptualización del caso puede incluir:

Inferencias sobre las vulnerabilidades o predisposiciones de la persona basada en traumas de la niñez, historial de aprendizaje patológico, influencias biológicas o genéticas, influencias socioculturales, contingencias de refuerzos operando al presente o esquemas y creencias mal adaptativas sobre si mismo y otros.

La conceptualización es el punto intermedio entre la evaluación y el tratamiento.

## Tipos de conceptualizaciones:

### Enfocada en los síntomas

Descripción. Este tipo de conceptualización identifica la sintomatología y el impedimento funcional, para luego especificar las metas del tratamiento y las intervenciones asociadas para reducir los síntomas e incrementar el funcionamiento.

Fortalezas de este enfoque:

- Enfatiza objetivos medibles los cuales son descritos en términos conductuales.
- Los objetivos en este modelo son fáciles de medir y monitorear

Limitaciones:

- Se focaliza solo en los síntomas asumiendo que solo el “que” (formulación diagnóstica) y el “cómo” (formulación del tratamiento) son las premisas importantes dejando de lado el “por qué” (formulación clínica).
- Desde la terapia individual es limitado porque no toma en cuenta la dinámica del individuo.
- Es limitado desde el punto de vista sistémico puesto que ve los síntomas tan solo como reflejo de dinámicas que están dentro del contexto de la persona.

### Conceptualización enfocada en la teoría

Descripción

Además de reconocer los síntomas y el impedimento funcional, provee una clara explicación para ellos. Se deriva de la orientación teórica – terapéutica del profesional, la cual sirve como base para establecer las metas de tratamiento. Desde esta perspectiva se trata de responder a la pregunta de “por qué”. Más allá de los síntomas se entiende que la complejidad del paciente se puede describir o explicar a partir de una teoría.

#### Fortalezas de este enfoque:

- Adapta una teoría específica a un paciente o sistema para poder comprenderlo.
- Permite realizar una formulación clínica que da respuesta a la pregunta de “por qué”.

#### Limitación de este enfoque

- Se centra en el terapeuta y puede no reflejar suficientemente la conceptualización que el propio paciente o sistema tiene sobre su propio problema o situación.
- El resultado puede ser que el paciente tenga un compromiso limitado con el tratamiento debido a que las metas y el plan tienen mayor importancia para el terapeuta que para el paciente.

#### Enfocada en el paciente

##### Descripción

Indica que esta se deriva de las experiencias, necesidades y expectativas del paciente o de su sistema, más no de la orientación del terapeuta. Se focaliza en construir una teoría que se ajuste al paciente en vez de ajustar un marco teórico particular al paciente – cliente o sistema.

##### Fortalezas

- Busca reconciliar las diferencias entre la conceptualización del terapeuta y la que tiene el paciente.
- Permite educar y negociar para llegar a acuerdos del plan de tratamiento, expectativas, metas terapéuticas, roles o papeles y resultados.
- Refleja un tratamiento adaptado al paciente, logrando así una armonía entre los problemas que presenta el paciente con las intervenciones.

##### Limitaciones

No se focaliza en teorías preestablecidas.

### Los pasos para una eficiente conceptualización de casos

El proceso de aplicación práctica de los principios de una conceptualización eficaz inicia con una buena entrevista de historia clínica, la cual permitirá junto con la aplicación de otras herramientas, la obtención de datos relevantes. Dentro de los recursos que podemos utilizar para la obtención de los datos se encuentran, además de la historia clínica: el genograma familiar, pruebas psicológicas estandarizadas, pruebas psicológicas proyectivas y evaluaciones de tamizajes. Los datos obtenidos a través de esos procedimientos servirán como insumos para categorizar las informaciones en dos grandes grupos: 1) informaciones descriptivas y 2) informaciones relacionadas con el significado personal. A continuación se detallan ambas.

#### Información descriptiva

Incluye información demográfica, problemas presentes, pasos tomados por el paciente para lidiar con la situación, historial previo de problemas de salud mental, historial médico, de desarrollo, social, educativo y laboral.

#### Información de significado personal

Se refiere al cómo el paciente experimenta e interpreta los eventos descritos. Se observa como los eventos han afectado el pensamiento, sentimientos y conductas del paciente.

Una vez se tienen los dos tipos de informaciones, se procede con los pasos que siguen:

## Paso 1

### Establecer la premisa

Consiste en presentar al paciente identificado (P1) a partir de los datos demográficos, estructurales familiares y otros que pueden hablar sobre quien es más el motivo de la consulta o el referimiento. La oración principal de la premisa puede incluir una impresión general de los aspectos demográficos del paciente y la estructura familiar, junto con el motivo de consulta o referimiento.

### Ejemplo de premisa

El Señor Miguel X, es un hombre de 50 años de edad, casado, abogado de profesión, y se dedica al mundo de los negocios. En la actualidad vive junto con su segunda esposa, con la que se casó después de 7 años de su primer divorcio. Tuvo tres hijos con la primera y dos con la esposa actual. Sus hijos del primer matrimonio tienen 20, 18 y 16 años. Los del segundo, una niña de 7 años y otra de 5. Fue referido a tratamiento por una crisis de depresión.

## Paso 2

### Establecer la presentación

Aquí describimos las respuestas típicas del paciente y el precipitante que determinó que fuera a terapia. Se refiere al tipo y severidad de los síntomas, historial, curso de la condición, diagnóstico, conductas individuales, de relaciones sistémicas, tales como complicidad, coaliciones, comunicación y nivel de bienestar.

### Ejemplo de presentación

El señor Juan X experimenta dificultades para dormir desde hace aproximadamente tres meses, así como falta de energía, enlentecimiento motor, dificultades para sentir placer, ideas auto depreciativas. Indica que siente tristeza, y que en ocasiones llora ante cualquier situación que considera incómoda. En su historial no se observa uso de sustancias ni condiciones físicas médicas que puedan estar afectando a su estado. Informa que sus relaciones familiares se han afectado ya que tiende a aislarse, así como también con los amigos y compañeros de trabajo y clientes. El único recurso en el que confía es su fe religiosa, a pesar de que se contradice diciendo que no tiene salida.

## Paso 3

### Presentar los factores objetivos (eventos precipitantes, detonantes o disparadores)

Son los estresores o factores que contribuyen al inicio o activación de los problemas o síntomas de la persona.

### Ejemplo de factores objetivos

El señor Juan X manifiesta que los síntomas le comenzaron a raíz de una discusión con su esposa y el surgimiento de grandes demandas laborales donde por algunas razones que estaban fuera de su control, no dio las respuestas satisfactorias. Plantea que su área de trabajo es muy competitiva y con los desaciertos cometidos perdió algunos clientes. Las discusiones con su esposa se hicieron recurrentes y arrastraron recuerdos insatisfactorios de su relación anterior.

## Paso 4

### Presentar los factores de vulnerabilidad interna (factores predisponentes)

Son todos los factores interpersonales y sistémicos, incluyendo estilo de apego y trauma, estilo de personalidad y defensas, que influyen para que el paciente funcione de manera mal adaptativa.

#### Ejemplo de factores de vulnerabilidad

En el historial del señor Juan X se observan situaciones que han afectado su manera de relacionarse consigo mismo, con la vida y los demás. Su padre era muy autoritario y maltratador con su madre. Tendía a invalidar sus logros y a magnificar sus defectos. A pesar de que acepta la buena intención de su forma de educar, reconoce que eso influyó para que desconfiara de su talento y no apreciara sus logros. Tiende a descontar lo positivo de sus acciones y a magnificar lo negativo, de igual forma se compara de forma inapropiada con los demás.

## Paso 5

### Presentar los temas actuales o factores perpetuadores

Son los procesos mediante los cuales los patrones del paciente son reforzados y confirmados tanto por el paciente como por su contexto de referencia.

#### Ejemplo sobre temas actuales

El señor Juan X busca o escanea constantemente situaciones del medio ambiente que confirme la hipótesis que tiene de sí mismo. Cuando comete algún error, piensa: “Mira, una vez más, el mismo tonto de siempre”. Cuando pierde una negociación con un buen cliente, “la felicidad dura poco en caso del pobre”. A eso se agrega que su madre lo culpa por estar desanimado, “hijo mío, lo tienes todo para ser feliz, no entiendo que esté deprimido, hay gente que no tiene ni la mitad de lo que tienes tú y son felices”.

## Paso 6

### Mecanismos inferidos y modelo terapéutico (aquí entran los factores mediacionales)

A partir de la presentación del problema y los factores que la activan y preservan, se procede a llevar a cabo la integración de la información con el modelo terapéutico o de tratamiento. Debe comenzarse con el modelo terapéutico y su fundamento. Es preciso exponer con claridad los conceptos medulares o centrales de la teoría, ya que todo modelo de psicoterapia utiliza términos particulares para identificar y explicar las problemáticas de la persona. Se procura integrar los problemas del paciente explicándolos a la luz del modelo terapéutico.

#### Ejemplo de mecanismos inferidos

Se observa un cuadro clínico donde los signos y síntomas de depresión se detonan a partir de eventos estresantes relacionados con pérdida de oportunidades, de recursos y status profesional. De igual forma conflictos cotidianos, sobre todo con la esposa. Se activan pensamientos automáticos de minusvalía y auto depreciación que crean la plataforma para la falta de iniciativa y pasividad, que, al alejarlo del afrontamiento saludable de los desafíos cotidianos, terminan confirmando sus creencias que descuentan lo positivo que tiene y amplifican lo negativo que “es”.

## Aspectos a tomar en cuenta para la conceptualización de casos de Trastornos por Consumo de Sustancias

Para la conceptualización de casos por Trastornos por Consumo de Sustancias y otras Adicciones, suele ser útil plantearnos las siguientes preguntas:

El presente esquema de conceptualización se propone en el marco de la terapia cognitiva conductual. A continuación figuran algunas preguntas clave que contribuirán a facilitar la comprensión de las variables relacionadas con el caso a intervenir.

1. ¿Por que el paciente inició en el consumo de sustancias?
2. ¿Por qué el uso de drogas conduce al abuso y la dependencia?
3. ¿Por qué el paciente no ha sido capaz de detenerse por sus propios medios?
4. ¿Cómo se desarrollaron las creencias principales asociadas al consumo?
5. ¿Cómo funcionaba el paciente previo al consumo de sustancias?
6. ¿Cuáles interpretaciones podemos tener sobre las circunstancias asociadas al consumo de sustancias y otras adicciones?

## Dentro de los datos relevantes para realizar la conceptualización se encuentran:

1. Datos relevantes de niñez. Son los mensajes o experiencias tempranas que tuvieron los consumidores, así como los mensajes que contribuyeron con el desarrollo de los esquemas mentales o los fundamentos en base a los cuales sustentan los conceptos positivos o negativos sobre si mismos.
2. Problemas de la vida corriente. Comprenden el cuadro de dificultades que los consumidores experimentan en sus vidas. Los más frecuentes son: dificultades en las relaciones; desempleo, problemas de salud, problemas legales, baja motivación, inestabilidad familiar, desesperanza, entre otros.
3. Esquemas mentales o errores de pensamiento. Son las creencias más importantes que expresan cómo los pacientes se ven a si mismos. Por lo regular caen en dos categorías: 1)no soy amado 2) no hay esperanza. De ambas categorías se derivan implicaciones mentales auto debilitantes como son: estoy atrapado, soy inferior, soy ineficaz, soy incompetente, soy vulnerable, no soy amado, no soy atractivo, soy rechazado, no deseado, ineficiente y mala persona.
4. Estrategias compensatorias. Son las estrategias y conductas erróneas que elige el paciente para ayudarse con sus creencias centrales. Estas estrategias y conductas se expresan en problemas como son: inflexibilidad, comportamientos compulsivos, falta de energía, miedos irracionales, auto concepto negativo, entre otras manifestaciones.
5. Situaciones de vulnerabilidad. Son las condiciones tanto internas como externas que se asocian al consumo.
6. Pensamientos automáticos y creencias. Son los pensamientos que emanan de las creencias esenciales: "No puedo parar de consumir", "Porque consuma un poco no pasará nada".
7. Emociones. Son las emociones que se activan a partir de los pensamientos automáticos: enojo, miedo, culpa o vergüenza.
8. Conductas. Son el producto final de las situaciones vulnerables en que se encuentran los pacientes. Las conductas disfuncionales más frecuentes son: el consumo de drogas,



## Conceptualización de casos clínicos: Luis Vergés

involucramiento en actividades irresponsables, sexo sin protección, evitación de actividades saludables, entre otras.

9. Integración de todos los datos. Consiste en la integración de los datos de tal forma que tengan una relación coherente entre ellos. Los mismos se presentan como una historia del paciente que provee explicaciones plausibles sobre sus dificultades; sugieren recomendaciones para el tratamiento que contribuyan a romper el círculo vicioso en que se encuentra en cuanto a sus patrones autodestructivos.

## Categorías de datos que se integran para la conceptualización de los casos de adicciones

1. Informaciones demográficas. Sexo, edad, religión, raza, ocupación, nivel académico, estado marital.
2. Presunción diagnóstica o diagnóstico. Se formula acorde a los criterios diagnóstico del DSM5 y el Manual de la Organización Mundial de la Salud.
3. Puntajes de las evaluaciones. Se colocan los puntajes de las diferentes pruebas aplicadas
4. Problemas presentados y funcionamiento cotidiano. Descripción de las dificultades frecuentes en el diario vivir (problemas psiquiátricos, actividades delictivas, naturaleza del consumo de drogas, problemas interpersonales).
5. Desarrollo biopsicosocial. Historia educativa, médica, relación con los padres, grupo de iguales, padres y figuras de autoridad.
6. Cualidades cognitivas. Forma en que el paciente procesa la información, pensamientos automáticos, sentimientos y conductas en las situaciones señaladas.
7. Integración y conceptualización.